45e Année. — N° 28. Vendredi 15 Juillet 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Rachitisme et troubles digestifs, par le Dr H. Gillet, 434. — **Bibliographie** : Atlas manuel de diagnostic clinique, par le Dr A. Jakob, 437. — **Revue de la presse** : Le clavus syphiliticus de Lœwin, 438. — Une nouvelle réaction du pigment biliaire, 438. — **Académie des sciences** : *Séance du 4 juillet* 1898. Présidence de M. Wolf. — Sur l'élimination des chlorures chez les rachitiques, 439. — L'hématozoaire du goitre, 439. — Sur les fonctions du pancréas chez les squales, 440. — **Académie de médecine** : *Séance du 12 juillet* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Traitement du strabisme, 440. — Rapport de prix, 440. — Élection, 441. — Le massage abdominal dans les affections cardiaques, 441. — Rapport sur la vaccine, 441. — Traitement de l'exstrophie de la vessie par la cystocolostomie, 441. — Traitement des atrésies congénitales du conduit auditif, 441. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 8 juillet* 1898. Présidence de M Sevestre. — Dangers des pansements phéniqués en médecine infantile, 441. — Erysipèle provoqué par une inoculation du pus d'un empyème à streptocoques, 442. — Œdème névropathique, 442. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 9 juillet* 1898. Présidence de M. Jullien, 442. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 7 juillet* 1898. — Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisations suivant des sphères de distribution nerveuse, 445. — Troisième note sur un cas de séborrhéides, 445. — Sur un cas d'urticaire pigmentée publié antérieurement comme un cas probable de lèpre bretonne, 445. — Syphilis héréditaire, 445. — Micropolyadénopathie inguinale consécutive à un chancre vulvaire, 445. — **Nouvelles**, 445. — **Feuilleton** : Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XVe au XIXe siècle (*suite*), 434.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Rachitisme et troubles digestifs.

Par le Dr H. Gillet.

Il est très certain que nous éprouvons une très grande difficulté à nous arracher à l'ambiance des idées courantes et à nous défendre contre l'influence suggestive qu'exerce sur nous notre éducation médicale. C'est probablement pour cette raison que, malgré la découverte de la bactéridie charbonneuse par Davaine, malgré les hypothèses de Raspail sur le parasitisme, nous devons à un chimiste, à Pasteur, l'idée géniale de l'intervention du microbe dans le développement des maladies.

En serait-il ainsi pour le rachitisme? La vérité d'hier serait-elle l'erreur de demain?

Depuis plusieurs générations médicales, nous vivons sur la notion étiologique de l'action indéniable des troubles digestifs dans la production du rachitisme.

La plupart des médecins d'enfants, sauf peut-être quelques restrictions sur l'exclusivisme de cette étiologie, reconnaissent encore aujourd'hui la grande part des troubles gastro-intestinaux.

Une voix dissidente s'est élevée, éloquente et convaincue, celle de M. le professeur Max Kassowitz (de Vienne).

Ce maître en pédiatrie, dans ses travaux nombreux, s'est plu à développer une théorie du rachitisme en contradiction formelle avec l'enseignement jusqu'ici classique aussi bien chez nous qu'à l'étranger. Pour M. Max Kassowitz, on ne doit pas regarder la maladie comme une dystrophie, comme un trouble de nutrition des os, mais comme une inflammation, comme un processus d'activité et non comme un état de régression.

Sur ce premier point l'auteur semble avoir beaucoup d'avantages de son côté. Les lésions donnent à l'analyse l'indice d'une congestion vasculaire exagérée, d'une prolifération des cellules cartilagineuses, outrance réelle des phénomènes normaux de l'ossification, qui cadre avec l'idée d'inflammation.

La discussion ne portera donc point sur cette première partie de la théorie, puisque l'accord ne paraît pas difficile.

Il en est tout autrement lorsque M. M. Kassowitz vient nier l'influence des troubles digestifs sur l'éclosion du rachitisme.

Au nom des faits observés journellement, la maladie abonde encore malheureusement, il semble difficile de souscrire à l'opinion du professeur viennois. On serait presque tenté de renverser sa proposition et de soutenir l'opinion diamétralement opposée.

On comprend fort bien la pathogénie du rachitisme à l'aide des auto-infections et des auto-intoxications multiples parties du tube digestif chez l'enfant. Les toxines diverses, encore mal connues, il est vrai, tous les produits des putréfactions gastriques ou intestinales que le sang charrie, viennent irriter les extrémités osseuses en pleine activité de développement. C'est même l'état spécial du tissu d'ossification qui favorise la localisation du processus à ce niveau plus particulièrement.

Dans d'autres conditions, et vraisemblablement de préférence à un âge un peu plus tardif, nous voyons naître des déformations osseuses, décrites sous le nom

d'ostéo-arthropathie hypertrophiante, processus subinflammatoire limité en général aux extrémités des membres et aux extrémité des os. Isolée chez l'adulte comme syndrôme autonome par M. Pierre Marie (1), qui l'appela ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, cette lésion se rencontre aussi chez l'enfant, comme on peut le voir par les observations que nous avons publiées (2), puis par celles qu'a communiquées M. le Dr Moizard (3).

Lorsqu'on note soigneusement les cas peu accentués, on constate même que ces déformations se produisent assez fréquemment, comme le faisait avec justesse remarquer M. le professeur Escherich dans la critique de notre travail qu'il a bien voulu faire dans le *Wiener Klinische Wochenschrift*.

Mais de plus l'ostéo-arthropathie hypertrophiante peut n'être pas pneumique et s'observer à la suite de pyélite, comme l'a rapporté M. le Dr Marfan (4).

Du reste, il y a certain lien de parenté entre ces lésions et les déformations des dernières phalanges, chez les tuberculeux, les cyanotiques, ce que le regretté Legroux classait sous la dénomination de doigts anoxémiques.

Dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, l'hypothèse la plus plausible qu'on puisse adopter est l'imprégnation des extrémités osseuses par les substances toxiques diverses élaborées au niveau des lésions bronchiques, pulmonaires, pleurales, rénales ou urétérales, etc., et sous l'influence de cette irritation prolongée sur des organes normalement riches en vaisseaux, l'évolution d'un processus inflammatoire plus ou moins torpide, mais inflammatoire pas moins. Mêmes remarques pour les nodosités de Bouchard.

Pareille hypothèse s'appliquerait sans difficulté au rachitisme, dans lequel les lésions anatomo-pathologiques cadrent avec une inflammation des os surpris pendant leur phase de développement.

Cette hypothèse permet même d'expliquer tous les cas, puisque les produits irritants, agents provocateurs de la maladie, peuvent reconnaître pour origine aussi bien des troubles digestifs, que des états infectieux divers, avec toutes leurs outrances et toutes leurs atténuances.

M. Kassowitz rejette l'influence des troubles digestifs. Entre autres arguments, il met en avant la fréquence du début du rachitisme en hiver, celle des troubles digestifs en été. Cette raison ne semble pas péremptoire.

Est-ce si facile de fixer exactement le début d'un rachitisme ? Nous ne pouvons guère nous renseigner qu'auprès des parents. Or de deux choses l'une, ou l'on vient nous consulter lorsqu'il existe déjà des déformations très accentuées, ou bien on nous amène un enfant pour tout autre affection et c'est nous qui découvrons le rachitisme à son début. Mais la date exacte de ce début, nous ne pouvons nous targuer de la savoir exactement dans les deux cas. On peut dire plus, même chez un enfant que nous observerions presque journellement, il nous serait impossible d'affirmer que la légere nouure, qui nous met sur la piste du diagnostic, remonte comme début à tant de temps.

Admettons comme exact le début fréquent du rachitisme en hiver. Dans ce cas on peut soutenir qu'il dérive des troubles digestifs de l'été précédent.

(1) *Revue de médecine*, 1880.
(2) *Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez l'enfant.* (*Annales de la Policlinique*, mars 1890.)
(3) Société médicale des hôpitaux, septembre 1890.
(4) Société médicale des hôpitaux, septembre 1890.

FEUILLETON

Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XVe au XIXe siècle.

(*Suite*) (1).

Charles Pilon resta peu de temps à l'Hôtel-Dieu et il fut remplacé en 1638 par J. B. Ferrand, angevin, qui avait été reçu docteur le 14 février 1629. Ferrand touchait 300 livres tournois par an, à ajouter à la subvention insuffisante que lui fournissait René Moreau.

Le 10 décembre 1638, on nomma un troisième médecin ordinaire. Les trois médecins ordinaires étaient alors :

Moreau, René.
Ferrand.
Capon.

Capon fut élu censeur (2) de la Faculté de médecine en 1646 : il resta médecin de l'Hôtel-Dieu jusqu'en 1666, et il est mort le 18 décembre 1670.

Ferrand, qui était mort le 8 février 1639, avait été remplacé par Charles Dupré, reçu docteur le 17 décembre 1631. Dupré donna sa démission en 1648 et il mourut le 25 septembre 1654. Il fut remplacé par Moreau (J.-B.) fils.

Sous le rapport scientifique, ces trois médecins, comme la plupart de leurs successeurs, n'ont laissé aucune trace de leur passage à l'Hôtel-Dieu.

Mais, en 1651, le nombre des malades dépassa 2.000 par mois. Le bureau de l'Hôtel-Dieu s'adressa au doyen de la Faculté de médecine, qui était alors Guy Patin, pour lui demander des auxiliaires gratuits.

On sait que ce n'est pas par le manque de dévouement que pèche le monde médical.

De tous ceux qui se présentèrent, on en retint quatre, qui furent :

Delaunay (1), Hermann.
De Bourges (2), Jean.
Bachet (3), Etienne.
Levasseur (4), Claude.

Il se partagèrent le service et le firent alternativement

(1) Voir *France médicale*, numéro 23.
(2) Pour les Censeurs, voir : Corlieu, l'*Ancienne faculté de Médecine de Paris*, p. 117.

(1) Docteur le 16 septembre 1624, décédé le 12 février 1676.
(2) Docteur le 17 janvier 1651, décédé le 3 octobre 1684.
(3) Docteur le 29 octobre 1648, décédé le 18 mai 1688.
(4) Docteur le 12 octobre 1639, décédé le 26 mai 1684.

Mais tout ceci est du raisonnement. Il ne faut pas en abuser, surtout en médecine. Venons aux faits ; les théories passent, les faits restent et les faits positifs l'emportent toujours sur les négatifs.

Lorsqu'un fait se présente à nous avec l'exactitude d'une expérience, ce fait serait-il seul, on ne peut lui dénier une grande valeur pour la démonstration.

La clinique nous réserve rarement de ces cas aussi nets ; le hasard, qui fait bien les choses, en a offert un à mon observation il y a déjà quelque temps. Le voici :

Les deux enfants Ti....., le petit André et la petite Madeleine, sont deux jumeaux, nés prématurément après 8 mois seulement de gestation.

Le poids initial de chacun des deux sujets était, pour le petit garcon 2 kilog. 150, pour la petite fille 2 kilog. 050.

Les antécédents héréditaires du côté du père n'offrent rien de bien particulier à signaler, pas plus que du côté de la mère. Tous deux sont bien portants. Ce sont les premiers enfants de ce ménage.

A la naissance les deux nouveau-nés sont confiés à une plantureuse nourrice, suffisamment bonne laitière pour les allaiter tous deux.

Les conditions hygiéniques sont relativement satisfaisantes. Les parents, commerçants aisés, habitent un quatrième assez bien aéré ; la moitié des pièces de l'appartement s'éclaire sur le boulevard, l'autre sur une cour, propre, de dimensions moyennes ; l'escalier large est bien tenu.

La seule condition défectueuse à noter au point de vue de l'allaitement est le rapprochement des tétées qui restent seulement espacées de deux heures et l'existence de trois tétées la nuit, malgré l'âge des enfants.

Toutes les conditions de soins restent aussi identiquement les mêmes qu'ils peuvent l'être quand deux nourrissons de même âge sont élevés par une même femme, et cela jusqu'à l'âge de 5 mois.

A ce moment des raisons extra-médicales forcent à changer la nourrice et celle qu'on peut se procurer est reconnue, après essais, incapable de fournir à deux nourritures simultanées. On se décide, par raison d'économie, à la garder et l'on met le petit garçon au biberon (biberon sans tube).

Les deux enfants soignés par la nourrice, sous la surveillance et l'assistance des parents, continuent donc à rester soumis aux mêmes soins, les tétées fautivement espacées seulement de deux heures et répétées 3 fois la nuit. L'allaitement s'opère donc chez les deux enfants maintenant âgés de 5 mois dans des conditions semblables avec cette différence que le petit garçon, au lieu de recevoir le sein, est soumis à l'allaitement artificiel avec le lait de vache. Ce lait stérilisé à domicile à l'aide d'un appareil de Soxhlet modifié est d'abord donné coupé avec de l'eau également stérilisée.

Dans de telles circonstances, nous nous trouvons en présence d'une véritable expérience physiologique dans laquelle il y a deux sujets, dont l'un, la petite fille sert de témoin, dont l'autre le petit garçon constitue le sujet en expérience. Chez lui il n'y a de changé que l'alimentation.

Je suis mandé près de cet enfant le 17 novembre 1894 ; il a 9 mois. Il y a 4 mois qu'il a cessé d'être allaité au sein pour recevoir du lait de vache au biberon, on a même ajouté, dans ces derniers temps, du jaune d'œuf, quelques petites soupes, aliments qu'on a bien essayé de faire prendre à la petite fille, mais qu'elle a refusés. L'expérience continue donc dans les meilleures conditions.

---

deux par deux, Bachet et De Bourges, Delaunay et Levasseur.

Les médecins auxiliaires prirent la qualification d'*expectants* et le titre resta jusqu'à la fin du XVIIIe siècle.

Les médecins expectants accompagnaient ou remplaçaient les médecins ordinaires. Leur nombre varia : on en eut d'abord quatre ; mais, en général, il n'y en eut qu'un ou le plus souvent deux. On alla jusqu'à en demander sept. On les nommait sur recommandations. C'étaient les médecins ordinaires qui se prononçaient sur le mérite ou la valeur des postulants, et le Bureau faisait la nomination. Ces fonctions étaient gratuites.

René Moreau étant mort en 1656, les deux premiers expectants, Delaunay et De Bourges, devinrent médecins ordinaires et se partagèrent son service et son traitement, ce qui porta à quatre le nombre des médecins ordinaires. Paul Courtois (1) ayant été nommé médecin ordinaire en 1662, il y avait alors à l'Hôtel-Dieu sept médecins, en tant qu'ordinaires et expectants. Jean Garbe et Antoine De Sarte furent nommés expectants. Dans la réunion du 11 février 1661, le Bureau décida d'attribuer à chaque médecin le roulement de son service, et de fixer à la fois et l'heure des visites et le temps qui devait y être consacré. L'usage était 8 heures du matin en été, 9 heures en hiver. Une heure devait être consacrée à la visite. On demanda qu'une visite fût faite le soir.

Les médecins étaient alors :

Capon,
Moreau (J.-B.) fils,
Courtois,
Delaunay,
De Bourges (Jean) fils,
Garbe, } expectants.
De Sarte. }

Les visites furent fixées à 7 heures du matin dans l'été, et à 8 heures dans l'hiver.

Le 11 février 1661, les médecins ordinaires et les expectants se partagèrent le service. Il fut décidé entre eux que la visite durerait au moins une heure ; le Bureau demanda deux heures. Moreau fit observer qu'une heure suffirait et qu'en exigeant davantage, le Bureau s'exposait à voir des médecins préférer la clientèle au service hospitalier.

Delaunay resta en fonctions jusqu'en 1666 ; il se retira et il est mort le 12 février 1676.

En 1666, il y avait sept médecins qui étaient :

(1) Docteur le 17 décembre 1644, doyen de la Faculté de 1652 à 1654, décédé le 4 août 1688.

A notre visite, voici ce qu'on nous apprend : Pas de maladie antérieure. L'enfant a perdu de son poids, de 7 kilog. 560 il est tombé à 7 kilog. 250 en l'espace d'un mois. Il est constipé, depuis assez longtemps, gaz par le rectum et la bouche.

Les chairs sont plus molles.

C'est un enfant d'aspect moyen, assez gai, roux de cheveux, à teint pâle, à joues un peu colorées. Malgré l'amaigrissement il n'y a pas de flaccidité de la peau.

La tête paraît un peu grosse, la fontanelle antérieure mesure encore 4 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. Pas de points de cranio-tabes.

Poignets légèrement augmentés de volume au nouveau de l'extrémité cubitale et de la radiale. Clavicules légèrement incurvées. Chapelet costal, élargissement de la base du thorax, côtes inférieures déjetées en dehors. Tibias arqués vers leurs parties inférieures, à incurvation concave en dedans; malléoles internes et externes grosses. Pas de dents.

Ventre étalé, ballonné; tympanisme abdominal (gastrique et colique), pas de clapotage stomacal ni par la percussion avec les doigts, ni par la succussion. Pas d'augmentation notable de la rate, ni du foie. Pannicule adipeux sous-cutané peu épais, un pli n'a pas 1 centimètre.

Le diagnostic : dilatation gastro-colique, rachitisme, s'impose.

La petite sœur élevée au sein, plus mignonne, se développe régulièrement. Chairs fermes. Elle n'a pas non plus encore de dents; mais elle ne présente aucun signe de rachitisme. Fontanelle antérieure, un centimètre dans son diamètre antéro-postérieur.

Un pli de la peau à la paroi abdominale antérieure mesure près de deux centimètres.

Les observations comme la précédente ne peuvent manquer d'entraîner la conviction. La valeur en est tellement capitale qu'elle dicte même l'indication thérapeutique. La cause de tout le mal vient du tube digestif, c'est de ce côté qu'on doit diriger son action.

Voici la prescription faite : 1° éloigner les tétées, qu'on espacera d'au moins trois heures le jour, de six heures au moins la nuit (deux, et mieux, une seulement);

2° Usage exclusif de lait stérilisé, consommé dans la fiole même où il a été stérilisé; restreindre les quantités de lait à 90 à 100 grammes au maximum et même un peu moins (80) les premiers jours du traitement.

3° Faire porter une large ceinture de flanelle;

4° Benzo-naphtol, un paquet de 1 gramme en quatre fois dans la journée;

5° Teinture de noix vomique..... 1 gramme.
Teinture d'anis..... 2 grammes.
Une goutte matin et soir.

Dans ce traitement dirigé contre le rachitisme ne figure pas de préparation phosphatée, ni phosphorée, si habituellement en usage; toute l'action est dirigée contre l'état du tube digestif.

Il faut d'abord faire cesser les fautes d'hygiène commises, agir ensuite sur la dilatation gastro-colique, mécaniquement par la ceinture de flanelle, thérapeutiquement par la noix vomique, à laquelle on peut joindre l'ipeca, enfin assurer l'antisepsie par la benzo-naphtol.

On peut après prescrire les phosphates avec avantage, les glycéro-phosphates et peut être encore, d'une

---

Courtois.
Moreau (1), J.-B., fils.
De Bourges, Jean.
Garbe (2), Jean.
De Sarte (3), Antoine.
Perreau, Fabien.
Thévard (4), Jacques.

Perreau, qui avait été reçu docteur le 8 octobre 1659, n'eut d'abord que le titre de surnuméraire, titre qui fut supprimé à sa mort, qui eut lieu le 4 août 1671.

C'est alors que Fagon demanda à être nommé médecin expectant, ce qui lui fut accordé.

Le 7 août 1671, une trentaine de candidats se présentèrent pour être nommés expectants. Le Bureau proposa de ne prendre que des médecins reçus à la Faculté de Paris, ce qui fut adopté, et de ne confier le service hospitalier que pour un temps limité, avec la faculté de maintenir en fonctions les médecins qui se seraient fait remarquer dans leur service. Cette dernière mesure, qui aurait eu des inconvénients et aurait pu blesser des susceptibilités ou froisser des amours-propres, fut repoussée.

Il faut se rappeler que l'année 1666 avait été très agitée à la Faculté. L'antimoine, proscrit depuis un siècle, venait de rentrer triomphant dans la thérapeutique. En outre, la lutte avec les médecins étrangers à la Faculté de Paris était à sa période aiguë. C'est ce qui explique la décision du Bureau d'exclure les médecins étrangers (1).

Les médecins n'avaient pas toujours les mêmes salles. On changeait tous les deux mois et, le 18 avril 1687, il fut décidé que le changement aurait lieu tous les six mois, à partir du 1er mai, au lieu de quatre, comme il avait été réglé huit jours auparavant.

Mais on avait constaté qu'une seule visite le matin était insuffisante et qu'il pouvait survenir des accidents fâcheux dans l'après-midi et même la nuit, où le secours des médecins était nécessaire, et, pour cette raison, qu'il était indispensable qu'il y eût un médecin résidant. La Compagnie a décidé que les administrateurs devraient chercher un médecin capable qui voudrait bien accepter cet emploi, dans le cas où aucun des médecins ordinaires n'en voudrait.

Il faudra attendre plus de soixante ans pour en avoir un.

(*A suivre.*) A. Corlieu.

(1) Docteur le 4 décembre 1648, démissionnaire en 1680, décédé le 25 septembre 1693.
(2) Docteur le 24 janvier 1645, décédé le 24 août 1690.
(3) Docteur le 27 janvier 1653, décédé en 1670.
(4) Docteur le 7 septembre 1627, décédé le 14 décembre 1674.

(1) Corlieu, *L'Ancienne Faculté de Médecine*, p. 201 et 211.

façon plus active, les phosphates alimentaires, jaune d'œuf, farine d'avoine, de lentilles, laits phosphatés naturels etc., ou huile de foie de morue phosphorée ; mais cette seconde étape du traitement ne doit venir qu'en seconde ligne, lorsque les organes de la digestion ont repris leur fonctionnement normal.

24 décembre 1894. Le petit garçon a augmenté de poids assez régulièrement; ces quatre derniers jours, il a diminué de 100 grammes : 7 kil. 614 ; 7 kil. 514.

Sa taille est actuellement de 75 centimètres, son tour de tête de 49.

Il a depuis deux jours ses deux premières dents, les incisives médianes inférieures, les supérieures font une forte saillie. Il est en retard de quinze jours sur sa sœur.

Fontanelle encore large ; chapelet costal encore sensible, poignets et malléoles sensiblement réduits de volume. Tympanisme abdominal, sans clapotage. Le ventre ne s'étale presque plus. Toujours constipation. Selles jaunes, un peu pâles, sans odeur forte, mais en grosse masse semblable à du mastic. Les selles ne sont obtenues qu'à l'aide de lavements.

Prescription : Tous les trois ou quatre jours, 1/4 à 1/2 cuillerée à café d'huile de ricin.

Teinture de noix vomique. . . .	2 grammes.
Teinture d'ipéca.	0 50 centigr.
Teinture d'anis	3 grammes.

1 goutte matin et soir pendant huit jours, deux ensuite.

Massage du ventre tous les matins. Tous les trois jours bains salés, au sel de morue, additionné d'un verre d'alcool camphré ; massage des membres.

L'enfant maintenant reçoit sa nourriture très régulièrement, au lait on a ajouté du bouillon, de la farine lactée.

19 janvier 1895. L'enfant a des selles plus régulières, quelquefois deux par jour. Il commence à se tenir mais ne marche pas. Fontanelle toujours ouverte largement (4 centimètres).

Coryza et pharyngite.

Il n'a toujours que deux dents; sa sœur en a 6 et marche.

La pesée des deux enfants a fourni le tableau suivant :

	ANDRÉ	MADELEINE
13 février 1894	2150	2050
25 février	2450	2105
31 mars	3370	3050
30 avril	4303	3975
31 mai	5270	4680
30 juin	6050	5330
31 juillet.	6410	5615
31 août.	6843	6183
30 septembre	7482	6717
31 octobre	7560	6975
17 novembre.	7250	—
30 novembre.	7450	7050
31 décembre	7700	7220
31 janvier 1895	7695	7485
3 Février.	7660	7405

Ici l'influence du biberon sur l'éclosion du rachitisme me paraît bien en rapport avec les faits.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas manuel de diagnostic clinique. — Technique médicale, indications thérapeutiques par le Dr Jakob, édition française par les Drs Letienne et Cart, avec 68 planches chromolithographiées. Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 1898.

Voici un manuel de diagnostic et de séméiologie cliniques présenté sous une forme attrayante et commode, permettant à l'esprit de synthétiser par des figures des descriptions qui ne sont jamais aussi nettes à la lecture. L'ouvrage se compose de deux parties. Dans une première partie, les procédés d'exploration clinique les plus nouveaux ou les plus récemment perfectionnés sont représentés dans des planches en couleurs qui soulageront la mémoire et faciliteront le travail. La microscopie, les réactions chimiques et colorées, la projection des organes normaux, la topographie de la percussion sont traduites par des images très exactes, parfois d'un schéma trop abstrait et trop net, mais qui n'en frappent que mieux l'esprit et permettront au débutant de contrôler ses recherches d'études. Quelques planches représentent des schémas relatifs aux affections pulmonaires, cardiaques et abdominales. Toutes ces planches sont originales, et la plupart reproduisent des cas observés à la clinique de l'université d'Erlanger, dont M. Jakob était assistant.

La seconde partie de l'Atlas manuel est divisée en cinq chapitres. Le premier a trait à l'observation des malades, pour laquelle il sert de guide. Le second donne un aperçu des méthodes d'observation : microscopie, thermométrie, ponctions exploratrices, examens bactériologiques, palpation, auscultation, percussion. Le troisième chapitre est consacré au diagnostic des maladies des appareils, à l'étude de la pathologie des échanges nutritifs, enfin à l'étude des principaux parasites de l'homme. Des éléments de pathologie et de thérapeutique forment le quatrième chapitre. Enfin, un aperçu sur les méthodes diététiques, sur l'hydrothérapie, le traitement climatérique et thermal complètent ce compendium très concis dans lequel les élèves pourront rapidement revoir leurs matières et où les médecins retrouveront facilement un détail utile pour l'examen de leurs malades. La partie iconographique est d'autant plus heureuse que chacun pourra avoir l'idée de la compléter suivant la direction de ses études par d'autres schémas puisés à d'autres sources. MM. Letienne et Cart ne sont d'ailleurs pas ici de simples traducteurs, car ils ont souvent complété par des notes les indications parfois trop succinctes de l'auteur et,

par des additions, ils ont rendu aux travaux de la clinique française la place à laquelle ils avaient droit.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Le clavus syphiliticus de Lœwin. — M. le Dr Haan (du Havre) attire l'attention, dans la *Normandie Médicale*, sur une manifestation peu connue de la syphilis dont il a cependant observé trois cas et qui consiste dans une production cornée paraissant aux mains ou aux pieds où elle simule absolument l'aspect du *cor* et est le plus souvent considérée comme telle. Dans un de ces cas, en particulier, il s'agissait d'un sujet syphilique depuis neuf ans et chez lequel la lésion fut précédée de quelques papules à la voûte du pied qui, en s'hyperkératinisant, constituèrent deux énormes productions cornées cylindroïdes d'un demi-centimètre cube environ. Elles furent attribuées à la pression de l'étrier par le médecin qui le soignait et considérées comme n'ayant pas de lien avec la syphilis.

Il faut savoir que cette lésion procède d'une simple papule qui, grâce à son siège, s'hyperkératinise facilement : c'est une papille cornée, profonde en cheville. Ce clavus se différencie du cor ordinaire par son aspect qui n'est pas exfoliant, sa dureté qui est moins ligneuse ; il est plus vasculaire, son centre de tige est plus foncé ; enfin il peut siéger du côté interne du pied, à la voûte plantaire, où il n'y a pas d'appui, alors que le durillon hypertrophié d'une papille dermique siège là où il y a eu irritation, sous le gros orteil, ou à sa surface, ou sur les bords plantaires où le frottement s'est exercé.

Le clavus de Lœwin est surtout bien reconnaissable à son début où il a alors franchement son aspect papuleux, surélevé, conique, et toujours il conserve son caractère saillant, qui le différencie à première vue du cor plat et écailleux.

Il prend ensuite, et pour peu de temps, un faux aspect de pustule ombiliquée dont le centre déprimé est vasculaire, alors que le bourrelet jaunâtre périphérique est constitué par l'épaisseur de la couche cornée produite par le travail inflammatoire.

La douleur que le clavus occasionne est aussi particulière. Elle est nulle au repos dès le début, surtout quand aucune constriction ne s'exerce sur lui. Dans les premiers temps, il ne présente pas ou peu cette propriété hygrométrique du cor, qui fait gonfler celui-ci par les temps humides, et le rend douloureux.

Son évolution est très lente et dure des mois ; elle est accrue par de longues marches, des blessures du tégument plantaire, la malpropreté. Sa délimitation se fait rapidement, et il n'a aucune tendance à s'étendre en nappe ; il ne s'accroît qu'en épaisseur, devient très saillant à la longue sous forme de cylindre boutonneux, dont la poussée est entretenue par l'énorme vascularisation de la papille dermique centrale. C'est à ce moment un réel *clavus* dont on n'apercevrait plus que la tête.

A cette période, la douleur au contact est extrême, la marche est très pénible, toute pression insupportable, et c'est alors que le diagnostic exact est difficile, et qu'il peut arriver qu'on rattache la lésion à une autre cause que la syphilis.

C'est ce qui s'est produit pour le malade dont M. Haan relate l'observation.

A cette époque d'ailleurs, un traitement approprié a pu blanchir entièrement le malade qui n'offre plus à l'examen que des productions cornées. Or, celles-ci, de par leur constitution anatomique, relèvent évidemment du traitement de toutes les productions cornées. Ce qu'il importe surtout de voir, c'est qu'elles ont été causées par la syphilis, car il est bien certain que la lamelle cornée du cor vulgaire est identique à celle du clavus syphiliticus, comme le ramollissement cérébral syphilitique constitué est identique comme lésion à celui qui relève de toute autre cause.

Le traitement consiste à user de bains locaux très chauds et prolongés, quotidiens. On appliquera chaque jour sur la lésion soit du collodion salicylé, soit la pâte à la potasse caustique :

Potasse caustique.	3 gr. 50
Savon médicinal	4 gr.
Chaux éteinte.	30 gr.

à appliquer après addition de q. s. d'alcool pour pâte.

On achèvera la guérison par l'application d'emplâtre de Vigo, *loco dolenti*.

Enfin, le clavus de Lœwin rappellera au malade qu'il est d'utilité première de reprendre le traitement antisyphilitique.

Une nouvelle réaction du pigment biliaire. (Prof. A. Gluzinski, *Wien. Klin. Woch.*, n° 52, 1897.) — Cette réaction repose sur l'emploi de la formaline. Lorsqu'on ajoute un peu de formaline à un liquide contenant de la bile, le mélange prend au bout de 24 heures une coloration verdâtre. Mais si l'on chauffe ce mélange, il prend en quelques minutes une coloration vert émeraude qui, après addition de quelques gouttes d'un acide minéral, surtout d'acide azotique, passe au violet améthyste. La solution de matière colorante biliaire présente avec la formaline la même réaction colorée. La couleur vert émeraude passe en partie dans l'éther et le chloroforme, mais non dans l'alcool amylique ni dans le sulfure de carbone. La coloration verte est encore plus nette lorsqu'on se sert de solutions alcalines de pigment biliaire. Dans ce cas, l'addition finale d'acide chlorhydrique donne une coloration bleue au lieu du violet améthyste. La formaline est un réactif d'ailleurs extrêmement sensible du pigment biliaire.

Pour l'essai des urines on verse dans deux tubes à essai quelques centim. cubes d'urine. Dans l'un, on ajoute un tiers de formaline et on chauffe 3 à 5 minutes. Si l'urine contient du pigment biliaire, le mélange prend la couleur vert émeraude plus ou moins intense suivant

la quantité de pigment. Dans les cas moins nets, le tube contenant l'urine seule sert à faire la comparaison. Dans une troisième éprouvette on verse un peu de l'urine verte et on ajoute de l'acide chlorhydrique pour obtenir la coloration violette. La réaction avec la formaline est 10 à 14 fois plus sensible que la réaction de Gmelin. La coloration violette est moins nette dans une urine qui ne contient que des traces de pigment biliaire et beaucoup d'urobiline. Mais la réaction verte reste toujours très nette. La réaction est celle même de la biliverdine, mais l'auteur ne veut pas encore conclure que la matière colorante de la bile contenue dans l'urine s'y trouve surtout sous forme de biliverdine. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 juillet 1898. — *Présidence de* M. Wolf.

Sur l'élimination des chlorures chez les rachitiques. — M. OEchsner de Coninck. Après avoir étudié l'élimination de la chaux, de la magnésie et du soufre, chez les rachitiques, et avoir montré que, chez 28 pour 100 des malades examinés, la perte en chaux devait être considérée comme la cause de leur rachitisme, j'ai étudié l'élimination des chlorures.

Pour doser le chlore aussi exactement que possible, j'ai dû détruire les pigments qui s'étaient précipités avec le chlorure d'argent; à cette fin, j'ai employé la méthode que j'ai fait connaître en 1896, et qui est publiée dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie*. J'ai pesé un chlorure d'argent bien pur, et j'ai trouvé ainsi la série des nombres suivants :

	Quantité d'urines employées.	Proportion de chlorures par litre.
	cc.	gr.
I.....	25	12,14
II.....	50	11,76
III.....	25	11,40
IV.....	50	11,25
V.....	100	11,22

L'élimination des chlorures, on le voit, est très considérable chez les enfants rachitiques; les urologistes admettent, en effet, chez l'homme fait, une proportion d'environ 12 gr. de chlorures par litre.

Si l'on considère l'importance du rôle des chlorures dans l'économie, on se rend compte de l'état d'affaiblissement dans lequel se trouvent les rachitiques. Tout concourt d'ailleurs à en faire des anémiques, d'abord la perte exagérée de chaux, puis celle du chlore; enfin, il faut mettre aussi en ligne de compte le ralentissement de la nutrition et des oxydations, marqué par le chiffre peu élevé des sulfates et des phénol-sulfates (*Société de Biologie*, séance du 5 mars 1898).

L'hématozoaire du goître. — M. le Dr E. Grasset. Le Puy-de-Dôme est depuis longtemps classé parmi les départements qui comptent le plus de goîtreux; au milieu de communes indemnes, on rencontre d'autres communes où le goître constitue une véritable endémie, où chaque année de nombreux conscrits sont réformés pour ce motif, où enfin les étrangers nouvellement arrivés sont fréquemment atteints. Depuis plus de dix ans que nous exerçons la médecine dans ce foyer de goître, et plus spécialement dans la zone qui comprend les communes de Mozat, Marsat, Riom, Volvic et Saint-Genest-l'Enfant, nous avons apporté un soin spécial à l'examen des goîtreux. L'étude des cas récents offre surtout un grand intérêt. Nous avons vu le goître se manifester à la suite des règles, de l'accouchement, d'une émotion violente, d'un refroidissement; des faits semblables ont été signalés depuis longtemps; mais nous avons vu maintes fois (ceci est moins connu) l'apparition du goître suivre de quelques jours une fièvre légère, une courbature, un embarras gastrique.

Nous avons conclu de ces divers faits que le goître n'est pas une maladie locale, mais bien une maladie générale avec un symptôme dominant, la *grosse thyroïde*. De même que la *grosse rate* est considérée comme une des caractéristiques du paludisme, de même nous pensons que la *grosse thyroïde* est le symptôme capital de l'affection générale appelée jusqu'ici *goître*. Le parallèle entre le goître et le paludisme est, d'ailleurs, assez curieux : chacune de ces affections a une répartition géographique spéciale; chacune d'elles intéresse une glande à sécrétion interne (thyroïde, rate); enfin leur degré extrême est une cachexie, dans un cas le crétinisme, dans l'autre la cachexie paludéenne.

Après avoir admis en principe la nature infectieuse du goître, nos recherches ont porté sur l'agent initial de cette maladie. En 1897, nous avons commencé à examiner le sang des goîtreux; dans les cas de goître ancien, nous n'avons trouvé aucun élément anormal; mais chez huit personnes, six femmes et deux hommes, qui déclaraient que leur goître datait de dix à quinze jours seulement, nous avons trouvé des éléments parasitaires.

Ce sont des corps sphériques plus gros que des hématies, sans noyaux et contenant des grains de pigment rouge; un flagellum libre, agité, autour duquel les hématies sont animées de mouvements rapides et désordonnés; sa longueur est d'environ quatre fois le diamètre d'une hématie; des corps segmentés, agglomérés ou dissociés, entre lesquels on remarque quelquefois des grains de pigment rouge; enfin un corps à contours irréguliers, sans noyaux, renfermant des grains de pigment rouge irrégulièrement groupés.

Dans tous les cas, nous avons examiné le sang frais, recueilli, avec les précautions usuelles, par piqûre de la pulpe d'un doigt.

Ces divers éléments rappellent les hématozoaires du paludisme de M. Laveran; ils en diffèrent surtout par la coloration rouge brique des grains de pigment et aussi par l'absence de corps en croissant. Nous ajouterons d'ailleurs qu'aucun de nos goîtreux n'était paludéen; aucun d'eux n'a présenté, depuis l'examen, d'accident attribuable au paludisme. On peut aussi rapprocher les éléments parasitaires que nous décrivons des hématozoaires que M. Danilewsky et d'autres auteurs ont trouvés dans le sang d'oiseaux, de tortues et d'autres animaux offrant les apparences extérieures de la santé.

Tels sont les résultats que nous a fournis l'examen du sang dans huit cas de goître récent. L'existence d'un hématozoaire du goître, voisin de celui du paludisme, vient confirmer l'hypothèse des observateurs qui soupçonnaient la nature infectieuse de cette affection.

Sur les fonctions du pancréas chez les Squales. — M. Emile Yung. Le suc pancréatique des Squales agit-il sur les albuminoïdes? Au cours de recherches faites au laboratoire de zoologie expérimentale de Roscoff, sur la digestion chez les Squales, j'ai vainement tenté de recueillir au moyen d'une fistule le suc pancréatique pur sur l'animal vivant ; l'étroitesse et la fragilité du canal de la glande s'y opposent. En revanche, l'abondance des individus d'une même espèce (principalement *Scyllium catulus* et *Lamna cornubica*) m'a permis de préparer, par trituration dans l'eau et la glycérine, des quantités relativement considérables d'extrait du pancréas lui-même, pris à l'état frais sur des poissons en pleine digestion, et de constater que tantôt la fibrine y demeure intacte, tantôt au contraire elle s'y dissout plus ou moins rapidement. Dans ce dernier cas, elle est transformée d'abord en protéoses, puis en peptone, comme cela se passe chez les animaux supérieurs.

Le pancréas des Squales qui, en tout temps, produit des ferments dissolvant l'amidon et émulsionnant les graisses, engendre donc aussi un enzyme digérant la fibrine ; seulement cet enzyme, analogue en cela au zymogène de Heidenhain, ne paraît devenir actif que sous certaines influences intermittentes et encore mal déterminées. Telle est la raison qui explique les résultats contradictoires obtenus par Krukenberg, qui affirme la présence de la trypsine dans le pancréas des Squales, et par Ch. Richet qui la met en doute, n'ayant pu constater aucune action de cette glande sur les matières azotées.

Parmi les agents qui confèrent, à l'extrait pancréatique, la faculté de digérer les albuminoïdes, j'ai trouvé que le plus efficace est contenu dans le tissu de la rate. Il suffit en effet de broyer avec le pancréas un petit morceau de la rate (laquelle chez les Squales confine au pancréas) pour obtenir un suc dissolvant l'albumine et la fibrine en milieu alcalin. J'ignore quel est le mécanisme de cette influence de la rate sur le pancréas; il est possible que la rate produise une substance nécessaire à la genèse de la trypsine ; mes recherches n'ont pas été poussées dans cette direction. Mais aujourd'hui que la théorie de Schiff et Herzen, sur le rôle de la rate dans la digestion pancréatique, chez le chien et chez l'homme, est de nouveau discutée par les physiologistes, il me paraît intéressant de signaler l'existence chez les poissons d'un état de choses semblable à celui découvert, par ces savants, chez les mammifères.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 12 juillet 1898. — *Présidence de* M. Jaccoud.

M. le Président propose pour faire partie de la commission de la prophylaxie de la tuberculose: MM. Brouardel, Colin, Napias, Nocard, Roux, Vallin et Grancher.

M. le Président annonce qu'à la fin de la séance l'Académie se formera en comité secret pour entendre le rapport de M. Raillet sur les candidats au titre de correspondant national dans la 3e division.

Traitement du strabisme. — M. Javal a la satisfaction de se trouver d'accord avec M. Panas sur la pathogénie du strabisme ; il n'en est pas de même pour le traitement. M. Javal est lui aussi partisan de la ténotomie ; il la fait même sans précautions antiseptiques et les malades peuvent après cela repartir chez eux à pied. Il croit aussi que l'opération doit se faire sur les deux yeux. Dans un cas, par erreur, l'enfant étant sous le chloroforme, M. Javal opéra l'œil sain au lieu de l'œil strabique, sans que le résultat fut plus mauvais pour cela.

Dans la clientèle de la ville, les résultats sont meilleurs que dans la clientèle de l'hôpital ou de la clinique, parce qu'on peut préparer au besoin le malade à l'opération pendant plusieurs mois ou même plusieurs années. D'après Priestley Smith, c'est surtout quand le strabisme a débuté avant l'âge de 5 ans que l'occlusion permanente de l'œil sain peut donner des résultats complets sans opération.

C'est vers l'âge de 10 ou 11 ans, qu'il faut, dit M. Panas, faire l'opération du strabisme, parce qu'à cet âge l'intelligence de l'enfant est plus développée. Mais à l'âge de 7 ans, spontanément, les yeux ont plus de tendance à guérir qu'à un âge plus avancé ; il faut donc faire l'opération du strabisme plus tôt qu'on ne la fait habituellement.

Un enfant présenté à M. Javal en 1893, à l'âge de 4 mois, avec un strabisme convergent, fut opéré dès le lendemain par ténotomie. De sorte que M. Javal, après avoir passé de longues années à lutter pour que l'opération fût faite le plus tard possible, propose aujourd'hui, au contraire, de faire des opérations très prématurées.

M. Fournier a relevé les observations de 52 enfants hérédo-syphilitiques, sur lesquels il y avait 21 enfants nettement strabiques. Les observations anciennes signalent également nombre de fois le strabisme chez les hérédo-syphilitiques ; on trouve toujours à peu près la moitié de strabiques, chez les enfants. La pathogénie de ce strabisme est évidemment multiple : troubles des centres nerveux, asymétrie cranienne, lésions oculaires, astigmatisme, anisométropie.

La syphilis héréditaire n'est certainement pas la seule cause du strabisme ; M. Fournier a souvent trouvé comme cause la tuberculose et l'alcoolisme des parents. On sait que la tuberculose amène des dystrophies de toutes sortes; il en est de même pour l'alcoolisme ; il en est de même de l'intoxication pyocyanique, celle-ci expérimentale.

M. Javal. L'hérédo-syphilis doit être en effet un terrain très favorable au développement du strabisme qui commence vers l'âge de 2 ou 3 ans.

Quand on demande aux parents : pourquoi, d'après vous, votre enfant louche-t-il et à quel âge a-t-il commencé à loucher? on voit que le strabisme convergent se manifeste souvent chez des sujets exposés à des paralysies de l'accommodation par le fait d'une affection générale qui, chez des personnes plus âgées, donne fréquemment lieu à des paralysies de l'accommodation.

En tous cas il faut laisser de côté l'hypothèse d'une altération des centres coordinateurs des yeux.

M. Panas. Je propose d'opérer les strabiques de la ville en deux temps, contrairement à ce que nous faisons à l'hôpital ; mes statistiques montrent que l'opération faite en ville donne les mêmes résultats qu'à l'hôpital ; la pratique que j'ai proposée me paraît donc la bonne. Le fait que la syphilis a une grande influence dans la pathogénie du strabisme est certain comme le montre M. Fournier; mais, comme l'a dit M. Javal, il faut exonérer les centres nerveux ; le strabisme est toujours d'origine périphérique.

Rapport de prix. — M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Henri Roger.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un associé national. Sur 59 votants, majorité 30, M. Schlagdenhaufen, de Nancy, est élu par 52 voix contre 3 données à M. Andouard, de Nantes, et 2 à M. Heckel, de Marseille.

Le massage abdominal dans les affections cardiaques. — M. Huchard lit un rapport sur un travail de M. Cautru. Le massage abdominal régularise la pression sanguine, produit une certaine excitation du système nerveux qui facilite la filtration de l'urine et la diurèse. Ce massage favorise la diurèse par le même mécanisme que la digitale ; il s'agit d'une véritable poussée sanguine analogue à la poussée de l'eau contre une digue rompue. Faut-il admettre, avec Stapfer, une action secondaire sur le cœur et sur la maladie générale ? C'est possible. Le mode pathogénique est en effet assez complexe, en tous cas les résultats sont très remarquables.

Quand les malades sont à la période d'asystolie ou d'hyposystolie, le massage produit des effets constants.

Le massage abdominal répond à deux indications principales : réduire la stase abdominale et favoriser la diurèse. L'exercice musculaire, de même, favorise le travail du cœur sans l'augmenter. Le massage d'un muscle favorise la disparition des déchets organiques. Ces effets se font sentir au loin : il se fait un véritable drainage du sang capable de soulager à distance la gêne respiratoire.

Rapport sur la vaccine. — M. Hervieux lit son rapport officiel.

Traitement de l'exstrophie de la vessie par la cystocolostomie. — M. le Dr Tuffier. L'exstrophie de la vessie constitue l'une des infirmités les plus dégoûtantes et les plus rebelles que nous ayons à traiter. Les différents procédés chirurgicaux employés n'arrivent qu'à des résultats déplorables, les meilleures autoplasties ne sont que des cache-misères qui laissent persister *l'incontinence de l'urine* et nécessitent le port d'appareils. Chercher un sphincter capable de maintenir l'urine, tel m'a toujours paru être le but difficile à atteindre dans la thérapeutique de cette affection. En 1889, j'avais déjà essayé de substituer l'intestin à la vessie, et le sphincter anal au sphincter vésical en anastomosant le rectum et la vessie, de nombreux faits cliniques publiés prouvant la tolérance remarquable de l'intestin pour l'urine. Depuis cette époque Maydl (1) a pratiqué cette opération et a été suivi. Moi-même, le 12 février 1898, j'ai eu l'occasion de traiter avec succès le malade que je vous présente.

C'est un jeune homme de 15 ans qui avait déjà subi plusieurs tentatives d'autoplastie sans résultat. Son état général était bon et son âge permettait d'espérer que la disparition de son infirmité lui laisserait une longue survie. Les reins étaient indemnes.

Voici succinctement les différents temps de l'opération pratiquée.

1° Dissection de l'exstrophie et extirpation de toute la surface muqueuse en conservant le *trigone vésical et une collerette d'un centimètre de la paroi vésicale adjacente*. Cette dissection est particulièrement délicate à la partie supérieure où le péritoine serait aisément ouvert. Les uretères sont cathétérisés au moyen de deux sondes rigides faciles à sentir, puis le trigone et les uretères sont mobilisés soigneusement dans la hauteur de 3 à 4 centimètres. Cela fait, tout ce champ opératoire, qui est toujours infecté, est isolé et entouré de compresses aseptiques.

2° La cavité péritonéale est ouverte dans l'étendue de 4 centimètres, aussi bas que possible ; l'S iliaque est attirée en un point tel que son abaissement se fait avec une très faible traction ; une partie de sa surface est herniée à travers l'orifice péritonéal qui est cousu exactement autour de la portion herniée, et au milieu de cette hernie devenue extrapéritonéale, l'intestin est ouvert longitudinalement dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, comme s'il s'agissait de faire un anus contre nature sus-pubien.

3° Le trigone vésical est alors suturé aux bords de l'incision intestinale : c'est une véritable pièce vésicale que nous mettons à l'intestin. Une première suture muco-muqueuse vésico-intestinale, un second plan comprenant la musculeuse de la vessie et la séro-musculeuse intestinale assurent (1) l'affrontement parfait des surfaces. La soie ou le catgut peuvent être employés.

4° Les plans aponévrotiques et cutanés sont fermés au-dessus comme dans la laparotomie avec drainage.

— Dans les jours suivants il se fit d'abord une fistule à travers laquelle s'écoula un peu d'urine et de matières stercorales. Cette fistule se ferma spontanément. Aujourd'hui, 4 mois après l'opération, le résultat opératoire est le suivant : l'abdomen est fermé ; à la place de l'ancienne vessie existe un profond ombilic cutané ; l'écoulement de l'urine se fait entièrement par l'intestin ; il n'existe ni douleur abdominale, ni aucun signe d'inflammation intestinale, ni de prurit anal. Ce malade, opéré depuis 4 mois, va de 5 à 6 fois à la selle en 24 heures, sans souffrance et sans gêne. Son état général est excellent, et les reins ne paraissent être le siège d'aucun accident quelconque. Si on compare cette situation, parfaitement compatible avec la vie commune, à l'état vraiment lamentable dans lequel sont généralement ces malades, on ne peut que conclure à l'excellence de cette méthode toutes les fois qu'elle sera praticable.

Traitement des atrésies congénitales du conduit auditif. — M. Courtade lit un travail sur ce sujet.

A 4 h. 50 l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Raillet sur les candidats au titre de correspondant national dans la troisième division. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : en première ligne : M. Laulanié (de Toulouse) ; en 2e ligne, M. Thierry (de Beaune) ; en 3e ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Cagny (de Senlis), Labat (de Toulouse), Lucet (de Courtenay), et Neumann (de Toulouse).

(1) Maydl, *Wien. med. Woch.*, 4 juillet 1896. — Voir aussi Tuffier et Dujarier, *Revue de chirurgie*, avril 1898, p. 288. — Tuffier, *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 696.

(1) Les sondes urétrales très longues passées par la plaie et ressortant par l'anus seraient d'utiles adjuvants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Dangers des pansements phéniqués en médecine infantile. M. Comby. — Une fillette de cinq ans, atteinte d'otorrhée, fut soumise par un spécialiste au traitement suivant : injections dans l'oreille, six fois par jour, avec une solution phéniquée chaude à 1 1/2 °/°, suivies de l'instillation de cinq gouttes de glycérine phéniquée à 1/20e De plus, bains d'oreille fréquents à la solution phéniquée 1 1/2 0/0.

Ce traitement fut appliqué scrupuleusement pendant dix jours; au bout de ce temps l'otorrhée était guérie, mais l'enfant, deux jours après la cessation du traitement, fut prise d'une hématurie persistante avec céphalée sans autres symptômes. L'examen clinique ayant permis d'éliminer les causes habituelles d'hématurie, celle-ci doit certainement être mise sur le compte du traitement phéniqué. L'enfant guérit en moins de trois semaines. L'examen microscopique de l'urine avait montré qu'on avait bien affaire à une hématurie d'origine rénale et non à une attaque d hémoglobinurie.

Erysipèle provoqué par une inoculation du pus d'un empyème à streptocoques. — M. Menétrier rapporte son observation personnelle : au cours du pansement d'un empyème à streptocoques, il se gratta l'oreille et détermina un léger saignement; six à huit heures après, au point écorché, apparut une cuisson, puis une plaque d'apparence lymphangitique; en quelques jours l'oreille tout entière fut prise d'un gonflement inflammatoire ayant tous les caractères d'un érysipèle type. Le cuir chevelu fut envahi à la suite. La température se maintint entre 38° et 39°. A la suite d'une sortie prématurée, il se fit une deuxième poussée et cette fois la face fut atteinte.

La pleurésie purulente qui a fourni le microbe pathogène s'est développée chez un tabétique à la suite d'une bronchite purulente, et sans qu'on ait pu relever d'érysipèle dans son passé. Après l'ouverture de la paroi thoracique, la plaie s'entoura, sur une étendue de 5 à 6 centimètres, d'un gonflement lardacé avec exsudat diphtéroïde, attribuable à une dermite streptococcienne.

M. Menétrier n'ayant pas été exposé à la contagion érysipélateuse depuis plusieurs mois, et la plaque érysipélateuse ayant débuté exactement, dans les délais voulus, au niveau du point écorché, il ne peut y avoir de doute sur la pathogénie de cet érysipèle.

Le streptocoque du pus pleural s'était montré à peu près inoffensif pour la souris. On voit que l'étude expérimentale de la virulence microbienne des pleurésies purulentes ne peut nullement servir de guide au clinicien dans le choix du mode d'intervention à préférer. Le pus de l'empyème paraissait fort peu virulent et, pourtant, il a déterminé un érysipèle assez intense.

M. Netter. A l'Institut d'hygiène de Berlin, Koch et Petrûchsky ont inoculé à de nombreux malades des cultures streptococciennes. Ils ont vu constamment que l'inoculation, pour donner naissance à un érysipèle, devait être superficielle, ce qui est précisément le cas de la lésion de grattage de M. Menetrier. Ils ont observé aussi que les cultures de streptocoques très virulentes pour les animaux ne conféraient pas l'érysipèle; celui-ci était obtenu avec des streptocoques à peine virulents. Cela explique pourquoi on a eu tant de mécomptes avec le sérum de Marmorek. On ne peut nullement préjuger de la virulence du streptocoque chez les animaux à sa virulence chez l'homme.

Œdème névropathique. — M. Mathieu. Un jeune homme de vingt-cinq ans, névropathe, ayant essayé de s'asphyxier avec l'oxyde de carbone, échoua dans sa tentative, n'eut qu'une intoxication légère, mais présenta le lendemain un gonflement très marqué et dur du mollet avec flexion du genou; les jours suivants la flexion du genou disparut, mais la jambe resta œdématiée, dure, avec légère rougeur de la peau, mais sans douleur à la palpation, ni fièvre; au bout d'une semaine il ne présentait qu'un peu d'œdème indolore. On ne peut porter d'autre diagnostic que celui d'œdème névropathique consécutif à une intoxication légère par l'oxyde de carbone.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juillet 1898. — *Présidence de* M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 20. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée : Une brochure de M. le Dr Delmas, intitulée : *Tremblement et spasmes*, revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite : 1° Lettre de M. le Dr Malibran s'excusant de n'avoir pu, avisé trop tard, assister aux obsèques de notre Président; 2° Lettres de MM. les Drs Marquez et Viennois s'associant au deuil de la Société.

M. Tissier s'excuse de n'avoir pas assisté à la dernière séance; il avait pensé qu'elle n'aurait pas lieu.

M. Mauriac fait hommage à la Société de son ouvrage intitulé : *Traitement de la syphilis*. Puis il donne lecture du rapport suivant :

Rapport sur le travail de M. Guilland, candidat au titulariat. — M. Mauriac. Messieurs, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant national de notre Société, M. le Dr Guilland, médecin consultant à Aix-les-Bains, vous adresse l'*Histoire d'une erreur de diagnostic à propos d'un chancre de l'amygdale*.

C'est le titre qu'il a donné à sa communication; j'y ajouterai : *Histoire fort instructive et pleine d'intérêt*, ainsi que vous allez en juger.

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, d'aspect assez chétif, n'ayant dans ses antécédents de famille ou personnels rien qui pût faire soupçonner l'invasion des accidents brusques dont il fut atteint sans aucune cause occasionnelle appréciable.

Ces accidents consistèrent en douleurs dans les muscles et dans les articulations. Elles étaient disséminées un peu partout, mais violentes aux épaules et principalement dans les masses fessières où elles rendaient la marche très pénible. Aucune fièvre ne les accompagnait.

Quoique le patient fût exempt de toute tare rhumatismale, le médecin qui lui donna les premiers soins pensa qu'il fallait attribuer ces algies musculaires à une disposition constitutionnelle de cette nature et il l'envoya faire une cure à Aix-les-Bains.

M. Guilland fut chargé de la diriger; il eut beau fouiller dans toutes les directions le passé de son malade, il ne découvrit rien qui pût l'éclairer sur la provenance soit diathésique, soit accidentelle de cette affection. Il le soumit pendant un mois au traitement habituel et il en fut considérablement amélioré.

Ici je donne la parole à M. Guilland :

« Sur le point de quitter Aix, dit-il, M. X... vient me revoir et je remarque sur le côté de sa lèvre supérieure ce qu'il me dit être un petit *bobo*, survenu pour avoir peut-être bu dans un verre sale.

« C'était une double saillie, séparée par une dépression fissuraire, quelque chose comme deux petits pois accolés, le tout d'une couleur violacée, pas le moins du monde ul-

cérée, à surface lisse et régulière. J'avoue que je ne sus, tout d'abord, en face de quelle lésion je me trouvais et que si M. X... ne m'avait pas parlé d'un *bobo* d'origine récente, que je n'avais du reste pas remarqué moi-même avant ce jour, j'aurais cru plutôt à un petit nœvus bilobé. Forcément mon diagnostic avait évolué vers la syphilis.

« J'interrogeai à nouveau M. X... qui nia tout antécédent de ce genre, comme il l'avait fait déjà lors de ma première visite. Le fait est que les organes génitaux étaient sains et les ganglions inguinaux intacts. Mais, en tournant et retournant la lésion de la lèvre, en palpant le cou, je constatai de nombreuses glandes, notamment dans la partie profonde de la région sous-angulo-maxillaire gauche, où il s'en trouvait une dure et plus volumineuse. J'examinai la gorge et je constatai à gauche, au niveau des piliers antérieurs, une grande plaie étalée, luisante, d'un blanc opalin, et portant, sans nul doute, la trace d'une ulcération récente. Le malade, pressé de questions, se souvint alors que, trois mois auparavant, étant au régiment, il eut une angine pour laquelle il dut entrer à l'infirmerie. Il n'y avait attaché aucune importance et l'avait attribuée à une cause banale.

« Il n'en fallait pas davantage ; la porte d'entrée me semblait trouvée. La prétendue angine avait été un chancre infectant ; et, de cette conclusion, la marque cicatricielle d'une part, et, d'autre part, l'adénopathie persistante nous étaient garantes. »

Messieurs, quoique je n'aie pas vu le malade de M. Guilland, je puis vous certifier l'exactitude de la description qu'il en donne, car il m'est arrivé maintes fois d'observer des cas semblables. La néoplasie primitive de la syphilis a très souvent son siège sur les amygdales et les piliers. C'est un fait sur lequel j'ai insisté dans mes leçons et dans mes ouvrages.

Je laisse de nouveau la parole à notre confrère :

« J'ajoute, poursuit-il, que portant mon examen sur la surface du corps, je reconnus les signes indéniables d'une imprégnation cutanée spécifique aux trois quarts dissipée, particularité à laquelle n'avait sans doute pas nui le traitement thermal employé.

« Dès lors j'avais reconstitué le cycle complet : le chancre initial, l'éruption de la phase floride et les douleurs rhumatoïdes pour lesquelles M. X. m'avait été adressé. Il n'est pas inutile d'ajouter que cette petite histoire s'est passée il y a quelques années déjà ; que M. X..., régulièrement traité, a vu disparaître toutes manifestations et qu'il attend, sans trop de craintes, les suites hypothétiques d'un mal tardivement mais rigoureusement combattu. »

Dans cette observation si curieuse de M. Guilland, il y a deux points importants à noter.

Le premier, c'est l'affection musculaire isolée et insolite, sans racines dans le passé, sans attaches ni coïncidence dans le présent, qui s'est montrée tout à coup chez ce jeune malade. Elle fait partie des troubles constitutionnels qui précèdent ou accompagnent le premier accident généralisé de la syphilis. Ces troublent, très nombreux, se formulent et se combinent de façon à simuler quelquefois des affections qui, au premier abord et quand on ne se tient pas sur ses gardes, paraissent n'avoir aucun rapport avec l'infection spécifique ; on les considère et on les traite comme des maladies d'ordre commun. Ils résistent toujours aux médications les plus variées et les plus énergiques, tandis qu'on les fait disparaître très rapidement avec les deux spécifiques de la syphilis.

Ordinairement, ils s'accompagnent de fièvre vespérale et de sueurs nocturnes profuses. Chez le malade de M. Guilland, ils étaient au contraire tout à fait apyrétiques, et cette particularité était bien de nature à obscurcir leur origine infectieuse. A cet égard, ils font une exception très originale et qu'il est nécessaire de noter.

Beaucoup plus communs, plus nombreux, plus variés chez la femme que chez l'homme, ces troubles constitutionnels sont fort souvent méconnus, et d'autant plus facilement que l'accident primitif, chez elles, passe souvent inaperçu ou est soigneusement dissimulé.

Le second point que met en relief le cas rapporté par M. Guilland, c'est la difficulté de découvrir l'accident primitif lorsqu'il est extra-génital et surtout lorsqu'il siège sur l'isthme du gosier. Il y a bien longtemps que je me suis occupé de cette question et que j'ai affirmé que les chancres syphilitiques de l'amygdale et de l'isthme occupent une place capitale parmi les chancres extra-génitaux. Ils passent très souvent inaperçus, parce qu'on les prend, comme il arrive chez le malade de M. Guilland, pour un mal de gorge ordinaire. Dans toutes les syphilis à chancre introuvable, il faut examiner la gorge et s'assurer, autant que possible, de ce qui a eu lieu de ce côté-là, quelques mois ou quelques semaines auparavant. Plusieurs fois, j'ai découvert sur l'isthme les vestiges d'un chancre infectant qui m'expliquaient ce qu'avaient de mystérieux comme origine les premières manifestations de la syphilis généralisée. Chose curieuse, ces chancres sont presque aussi communs chez l'homme que chez la femme, quoiqu'il y ait bien des raisons pour qu'il en soit autrement.

Messieurs, comme titre à l'admission de M. le Dr Guilland, je vais vous dire quelques mots au sujet d'une monographie fort bien faite qu'il a publiée en 1896, et qui a pour titre : *Des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie.*

C'est là une très vieille question ; elle a donné lieu à bien des controverses, et n'est pas encore complètement résolue. Il est incontestable qu'il y a entre le rhumatisme et la blennorrhagie des liens d'affinité tellement étroits que de leur union résulte une des affections les plus étranges de la pathologie, le *rhumatisme blennorrhagique*. On devrait dire blennorrhagie rhumatismale, car là, c'est incontestablement la blennorrhagie qui domine la scène, qui est la cause à peu près unique de l'affection, puisque, en dehors d'elle, il n'y a jamais ou presque jamais de rhumatisme.

Mais, par contre, le rhumatisme prend quelquefois sa revanche, rarement il est vrai, rendons-lui cette justice. Dans des cas très exceptionnels, il produit à lui seul une uréthrite inflammatoire, purulente, qui ne diffère pas en apparence de la blennorrhagie ordinaire, bien que l'absence de toute contagion soit hors de doute.

Il attaque aussi le col de la vessie et même la prostate selon quelques pathologistes.

Ce sont ces localisations très inusitées de la diathèse arthritique qu'on trouve décrites, analysées, commentées avec beaucoup de perspicacité et de sens clinique dans l'ouvrage de M. Guilland. Il a relaté un grand nombre de faits nouveaux, dont quelques-uns ont été observés par lui-même.

Que manque-t-il à ce travail pour être parfait ? Le contrôle de l'examen microscopique. Mais, il y a vingt ans,

nos connaissances sur les microbes pathogènes des écoulements blennorrhagiques étaient encore dans l'enfance ou à peu près nulles. Notre savant et si sympathique vice-président, M. le Dr Louis Jullien lui-même, n'aurait pas pu écrire à cette époque le très remarquable volume *Blennorrhagie et mariage*, dont il a enrichi tout récemment la science vénéréologique.

Aux titres scientifiques que je viens de vous exposer sommairement en faveur de la candidature de M. Guilland, permettez à mon amitié pour lui d'ajouter le charme de son esprit et de ses manières, l'aménité de son caractère, sa parfaite probité professionnelle, et la situation des plus honorables qu'il s'est créée dans le corps médical si méritant de nos eaux minérales de France.

M. le Président remercie M. Mauriac de son très intéressant rapport. Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

M. Coudray, candidat au titulariat, lit un travail intitulé : *Note sur l'application des injections de chlorure de zinc au traitement des hernies, spécialement chez l'enfant.*

M. le President remercie M. Coudray de son intéressante communication. Elle sera renvoyée à une Commission composée de MM. Tissier, Roubinovitch et Desnos, rapporteur.

M. Dhomont, candidat au titulariat, lit un travail intitulé : *Observation d'une appendicite suppurée, ouverte simultanément dans la vessie et dans l'intestin. Guérison.*

M. le Président remercie M. Dhomont de son intéressante observation : sa candidature sera soumise à une Commission composée de MM. de Crésantignes, Brossard et Guépin, rapporteur.

Rapport sur le travail de M. Antonelli, candidat au titulariat. — M. Millée. Messieurs, je viens, au nom d'une Commission dont je fais partie avec MM. Chevallereau et Dehenne vous rendre compte d'un travail qui vous a été lu dans la dernière séance par le Dr Antonelli, à l'appui de sa candidature, et intitulé : *Contribution aux formes frustes de la syphilis héréditaire.*

Le Dr Antonelli a eu la bonne fortune de rencontrer trois enfants d'une même famille chez lesquels, avant d'avoir interrogé les parents, et plus tard, malgré les dénégations du père, malgré l'anamnèse difficile à reconstituer, il a porté le diagnostic de *syphilis héréditaire*, grâce à la constatation chez ses petits malades de ce qu'il a appelé « les stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire ». Ceux d'entre nous qui ont vu les petits malades de notre confrère ont pu se convaincre que les deux aînés présentaient dans l'ensemble un aspect qui donnait l'impression qu'on se trouvait en présence « d'hérédo-syphilitiques ». Chez le troisième malade, le plus jeune de ces enfants, les *stigmates ophthalmoscopiques* pouvaient seuls être invoqués. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de cette constatation, si on la rapproche de l'observation des deux premiers malades, les aînés d'une famille où ces mêmes symptômes se retrouvent avec les caractères pour ainsi dire non douteux de la *syphilis héréditaire.*

En ce qui concerne ces « stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires... » dont parle notre confrère, j'ai le regret de ne pouvoir lui apporter le concours de ma modeste expérience. J'avoue que, malgré le nombre considérable de malades que j'ai examinés dans les deux grands services d'ophthalmologie auxquels je suis attaché depuis une dizaine d'années, jamais mon attention n'a été éveillée sur cette intéressante question, par les aspects si variés que présente le fond de l'œil et que j'ai si souvent constatés. Ce n'est pas une raison pour affirmer *à priori* que le Dr Antonelli se trompe ou qu'il exagère. Je me propose, au contraire, de profiter des nombreuses occasions qui me seront offertes pour constater ces *stigmates*, et rechercher, s'il y a lieu, le rôle qu'ils peuvent jouer dans cette question si difficile de la *syphilis héréditaire.*

Le Dr Antonelli est docteur en médecine de l'Université de Naples, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Il a publié un très grand nombre de travaux dont l'énumération complète serait peut-être un peu longue. Il convient cependant de retenir les titres suivants :

« Valeur morphologique et histologique du ganglion ciliaire. Contribution à l'étude anatomique des yeux atrophiés. L'Amblyopie transitoire. »

« Les phénomènes skiascopiques et la myopie acquise dus à la sclérose sénile du cristallin. »

« Les stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. »

« L'hérédité seconde, en syphilis, au point de vue des stigmates ophthalmoscopiques. »

« A propos de syphilis infantile. »

Je terminerai en disant que les nombreux travaux du Dr Antonelli témoignent d'un travail considérable et d'un véritable esprit scientifique. Notre Société ne peut que gagner à l'admettre parmi ses membres, et je conclus à la publication de son travail de candidature.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Dubuc serait heureux qu'on lui affirmât la constatation scientifique des troubles oculaires signalés par M. Antonelli.

M. Millée avoue que les cas signalés par M. Antonelli sont très rares et qu'il a été le premier à les faire remarquer. Il rappelle l'histoire d'un très bel enfant hérédo-syphilitique qui, très fort pour son âge, présentait les signes maculaires et pigmentaires dits stigmates rudimentaires de la syphilis transmise par hérédité.

M. Tissier demande si ce sont des signes pathognomoniques de la syphilis héréditaire.

M. Millée répond qu'il faut rechercher avec soin ces stigmates, car ce sont choses nouvelles ; et sans mettre en doute la bonne foi du Dr Antonelli, il faut vérifier ses observations.

M. Jullien demande à M. Millée si ces lésions diminuent considérablement la vue.

M. Millée répond que les stigmates ne diminuent que peu ou pas la vue. Dès qu'il y a un degré quelconque d'amblyopie, les lésions sont plus graves.

M. Dubuc désire être renseigné sur l'importance des travaux antérieurs de M. Antonelli.

M. Millée répond que ces travaux sont de haute valeur.

M. Gillebert-Dhercourt informe ses collègues que M. Richelot vient de perdre deux membres de sa famille dans le naufrage de *La Bourgogne*. La Société adresse ses condoléances à M. Richelot.

M. le Président adresse ses félicitations à M. Sibut, secrétaire annuel qui vient d'être nommé officier d'Académie.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la nature de la question à poser pour le prix Duparcque. Le testament de notre collègue défunt laissant toute latitude à la Société, il est décidé que, cette fois encore et pour honorer sa mé-

moire, on donnera un sujet de gynécologie, sans que la Société se croie obligée, pour l'avenir, de se renfermer dans ce cadre restreint.

M. Tissier propose : *La femme et la bicyclette.*

La Société accepte le sujet en principe, quitte à modifier les termes du titre de la question.

M. Guépin propose alors : *Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme.*

Ce titre définitif est accepté à l'unanimité. Il est décidé que le secrétaire général le communiquera à la Presse, avec les conditions relatives au concours du Prix Duparcque. Toutefois, une nouvelle discussion s'impose pour la prochaine séance : il s'agit de fixer très exactement le montant du prix et la date à laquelle il pourra être décerné.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire annuel : L. Sibut.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 juillet 1898.

Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisations suivant des sphères de distribution nerveuse. — MM. Hallopeau et Ernest Gasne. — La persistance d'achromies à la suite du psoriasis a déjà été signalée en 1892 par l'un des auteurs : elle s'est produite dans les deux cas chez de jeunes sujets. La distribution, suivant des sphères de distribution nerveuse, a été également observée antérieurement, notamment par Thibierge : elle n'est pas une démonstration de la théorie tropho-névrotique du psoriasis; par son évolution excentrique, son inoculabilité, sa guérison par les antiseptiques, cette éruption se classe comme parasitaire; la localisation nerveuse peut s'expliquer par un trouble d'origine embryonnaire transformant une région en un terrain favorable au développement du contage.

Troisième note sur un cas de séborrhéides. — M. Hallopeau. Il s'agit actuellement d'une coloration érythémateuse en traînées avec desquamation furfuracée et lésions typiques de séborrhée au cuir chevelu : aucune étiquette connue n'étant applicable à ces faits, l'auteur propose, comme M. Brocq, la dénomination de séborrhéides; on distinguerait ainsi des séborrhéides pityriasiques, érythémato-squameuses marginées, eczémateuses, psoriasiformes et suppuratives de diverses formes.

Sur un cas d'urticaire pigmentée publié antérieurement comme un cas probable de lèpre bretonne. — M. Hallopeau. De ce fait découlent les propositions suivantes : l'urticaire pigmentée peut se disposer en cercle ou fragment de cercles ; elle peut figurer des cocardes la pigmentation consécutive peut constituer de larges nappes uniformes, des poussées secondaires peuvent se développer dans l'aire de ces plaques; les cercles érythémateux consécutifs aux éruptions papuleuses peuvent persister pendant des mois ou même des années en se mêlant d'un caractère pigmenté ; leur couleur érythémateuse peut s'accentuer ou même reparaître sous l'influence du contact de l'air, cette dermatose est susceptible de revêtir des formes diverses.

MM. Hallopeau et Leredde communiquent un cas de **syphilis héréditaire** ou du premier âge caractérisé par des malformations dentaires, une labialité hypertrophique, une glossite scléreuse, l'impossibilité de rapprocher complètement les machoires et une syphilide tuberculo-ulcéreuse de la cuisse. En l'absence de la triade d'Hutchinson, il est difficile de déterminer s'il s'agit d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis contractée dans le premier âge.

M. Balzer présente un sujet atteint de lymphangite tuberculeuse.

M. Danlos montre deux malades atteints de cancroïdes guéris par la méthode de Cerny (voir séance de mai 1898).

M. Du Castel présente deux femmes atteintes de lupus de la face, qui ont été traitées par les injections de calomel. Ces injections ont déterminé une certaine régression dans la lésion, mais il a fallu bientôt en venir à la cautérisation.

M. Brocq a vu deux lupus améliorés par les injections; peut-être s'agissait-il de lupus évoluant sur un terrain syphilisé.

M. Fournier et M. Gaucher sont convaincus que, dans les cas de lupus guéris par le calomel, on avait affaire à des syphilides méconnues.

M. Barbe Peut-être ces lupus améliorés par le calomel sont-ils des hybrides de tuberculose et de syphilis.

Cas de vitiligo aigu lié au développement d'une névrite périphérique chez un intoxiqué par les essences de pétrole. — M. Emery.

Micropolyadénopathie inguinale consécutive à un chancre vulvaire. — M. Emery. Cette femme enceinte de huit mois a contracté un chancre syphilitique vulvaire il y a deux mois. Les accidents secondaires se sont manifestés par une roséole à peine apparente et quelques rares plaques muqueuses buccales.

La recherche des ganglions satellites dans les aines aboutit à la découverte de petits ganglions durs, indolents, dont le volume ne dépasse pas celui d'un petit pois.

La réaction ganglionnaire dans la syphilis, à laquelle certains auteurs tendent à attacher une signification particulière à l'égard du pronostic, est une question dont l'intérêt se présente sous des faces multiples. Dans le cas présent et sans que les accidents secondaires aient revêtu le moindre caractère de malignité, la réaction ganglionnaire inguinale est pour ainsi dire nulle.

Pour rare que soit le fait, il l'est peut-être beaucoup moins qu'on ne pense, pour cette raison singulière que la syphilis a été contractée par une femme en état de grossesse.

Cette curieuse observation faite autrefois par Ricord a été confirmée depuis par M. le professeur Fournier qui, depuis longtemps, a noté la faiblesse des retentissements ganglionnaires dans les deux cas de phagédénisme et de grossesse.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Thiroloix, Triboulet et Souques.

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Au grade de commandeur. — Le Dr Mathieu (Édouard), médecin-inspecteur, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Au grade d'officier. — MM. les Drs Boppe (Roger-Gustave), médecin principal de 1re classe aux magasins centraux de

Paris. — Roux (Jacques-Michel), médecin principal de 2e classe aux salles militaires de l'hospice mixte de Limoges. — Nicaud (Gabriel), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Marseille. — Evrard (Marie-Jules), médecin-major de 1re classe au 146e rég. d'infanterie. — Guilhem (Barthélemy-Paul-Marcel), médecin-major de 1re classe au 14e rég. d'artillerie. — M. Moissonnier (Prosper), pharmacien principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Dey à Alger. — M. Warnier (Prosper-Ferdinand-Casimir), pharmacien principal de 1re classe de réserve au gouvernement militaire de Paris. — M. Billaudeau (Louis-Théodore), pharmacien en chef de la marine). — Le Dr Heckel (Édouard-Marie), professeur à la Faculté des sciences et à l'École de médecine de Marseille. — M. Vidal (Émile-Léon), docteur en médecine et viticulteur à Hyères (Var).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Aubertin (Louis-Isidore-Emile), médecin-major de 1re classe. — Warnecke (Jean-Gabriel-Marcel), médecin-major de 1re classe au 78e rég. d'infanterie Godet.— (Albert), médecin-major de 1re classe au 103e rég. d'infanterie. — Leroy (Claude-Jules-Arthur), médecin-major de 1re classe au 160e rég. d'infanterie. — Faure-Lacaussade (Justin-Pierre-Casimir), médecin-major de 1re classe au 47e rég. d'infanterie. — Salesses (Prosper-Baptiste-Emile), médecin-major de 1re classe au 139e rég. d'infanterie. — Olivier (Gaston-Antoine-Marie-Jean-Etienne-Léon), médecin-major de 1re classe au 23e rég. d'infanterie. — Roux (Pierre), médecin-major de 1re classe au 2e rég. d'infanterie. — Lapasset (Victor-Philippe-Ferdinand), médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — Pitois (Edouard-Alphonse), médecin-major de 2e classe au 4e rég. de dragons. — Noël (Marie-Eugène-Nicolas), médecin-major de 2e classe au 25e bataillon de chasseurs à pied. — Frilet (Louis-Adrien-Charles), médecin-major de 2e classe au 4e rég. de chasseurs. — Roux (Joseph-Amédée-Etienne), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — Gruet (Elie-Pierre-Marie-Joseph), médecin-major de 2e classe à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer. — David (Henri-Philippe-Jean-Baptiste-Rosalie), médecin-major de 2e classe au 25e bataillon de chasseurs à pied. — Mazeillé (César-Théophile), médecin-major de 2e classe au 1er rég. de spahis. — Fockenberghe (Jules-Emile), médecin-major de 2e classe au 84e rég. d'infanterie. — Faure (François-Auguste), donne depuis cinquante-huit ans, des soins gratuits au personnel de la gendarmerie de Die (Drôme). — Teissier (Louis-Anne-Marie-Joseph), médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale. — Evrard (Eugène-Louis-Augustin-Marie), médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale. — Robert (Constant-Ange-Dominique), Daliot (Jacques-Ursulin-Léonce), Castellan (Astius-Charles), Mortreuil (Dieudonné-Samuel-Nicolas-Alfred), Damany (Etienne-Marie), Recoules (Antoine-Adrien), Nollet (Henri-Camille), médecins de 1re classe de la marine. — Rapuc (Ernest-Joseph-Marius), médecin de 2e classe de la marine ; 9 ans 1/2 de services dont 3 ans 1/2 aux colonies. Campagne de guerre à Madagascar, 1897. Brillante conduite à l'attaque du poste de Bekopaka, 28 septembre 1897 ; a secondé, le fusil à la main, le lieutenant-commandant le poste et a puissamment contribué par son sang-froid et son énergie à repousser les assaillants. Le 20 octobre, dans une tournée médicale, a réussi à sauver des mains des rebelles la presque totalité de son escorte, dont le chef, un ancien sergent européen, venait d'être mortellement blessé. — M. Rousset (Marie-Joseph-Maurice-Eugène), ancien médecin des Enfants assistés de la Seine. Soins dévoués aux blessés de Châteaudun en 1870-1871 ; 46 ans de pratique médicale.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 12 juillet 1898, rendu par le Président de la République, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 1er classe de l'armée territoriale. — Les médecins-majors de 2e classe de l'armée territoriale : MM. Vacher (Louis-Claude-Marie), Régis (Jean-Baptiste-Joseph-Emmanuel), Variot (Gaston-Félix-Joseph), Gilles de Latourette (Georges-Albert-Edouard-Brutus), Ferré (Jean-Hippolyte-Gabriel-Paul).

Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale. — M. Dubousquet-Laborderie (Louis-François), médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve. — Les médecins aides-majors de 2e classe de réserve : MM. Foutry (Hyacinthe-Oscar-Adrien), Sigalas (Antoine-Clément-Marie), Barillet (Alexandre-Anastase-Charles-Désiré), François (Adolphe), Baseil (Jean-Remi-Mathieu), Springer (Frédéric), Marie (Armand-Victor-Auguste), Simonet de Laborie (Jean-Baptiste-Marie-Simon), Tolmer (Charles), Lefèvre (Armand-Edmond), Coriton (Paul-Marie-Pierre-Corneille), De Bourgon (Léon-Prosper-Charles), Richard (Charles-Edouard-Albert), Malbec (Bernard-Armand), Frœlich (Marie-Albert-Auguste-Raoul-René), Pachon (Michel-Victor-Gabriel-Léon), Sterne (Jules-Ephraïm), Weill (Paul-Raphaël), Comte (Jean-Baptiste-Hippolyte-Raoul), Thiéry (Jules-Albert), Dor (Louis-Edouard-Henri), Cochez (Léon-Louis-Joseph), Borrel (Amédée-Marie-Vincent, Minguet (Paul), Charuel (Léon-Christophe-Arnold), Pérignon (Constant-Louis-Léon), Stroup (André), Caye (Alphonse-Michel-Marie), Lucron (Alfred-Amédée), Duffner (Paul-Antoine), Angibaud (Jacques-André-Hébert), Wilhelm (Eugène-Joseph), Blaise (Charles-Albert), Chambelland (Emile), Arnaud (Charles-Lucien-Marcel), Etienne (Marie-Charles-Joseph-Georges), Régnier (Pierre-Charles), Saguet (Henri-Louis-Constantin), Noir (Jean-Marie-Julien), Mendel (Henri), Brodier (Henri), Lambert (Mayer-Simon), Levet (Jean-Joseph), Lanique (Jacques Gaston).

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale. — Les médecins aides-majors de 2e classe de l'armée territoriale : MM. Cochery (Constant-Isidore), Ganivet-Desgraviers (Jean-Jacques), Fauconneau (Jules-Alphonse-Julien), Regnier (Raoul-Louis-Auguste), Gonzette (Gaston-Adam-Barthélemy), Liot (André-Constant), Decamps (Marie-Amédée-Joseph-Félix-Hector), Ducasse (Ebons-Léopold-François), Ménard (Alfred-Henri), Gaube (Marie-Joseph-Raymond), MM. Valat (Paul-Jean-Baptiste), Lion (Gaston-Camille), Pinçonnat (Louis-Armand-Théodule), Mauny (Jean-Marius-Eliacin), Mounier (Fernand-François-Tancrède), Tuilant (André-Marius), Loison (Eugène), Huc (Ignace-Charles-Auguste), Longueville (Gaston-Léon), Boucher (Abel), Lancry (Louis-Romain-François-Marie), Rolland (Pierre-Germain-Georges), Mariage (Louis-Emile-Jean-Baptiste), Brionne (Martial-Alfred), Stœber (Louis-Léon-Adolphe), Aysaguer (Florencio-Julian), Fleury (Charles-Louis), Crozes (Joseph-Elie-Augustin), Bonnier (Pierre), Philippeau (François-Augustin), Robert (Marie-Pierre-Gaston), Sollier (Pierre-Auguste), Vaquez (Louis-Henri), Vignerot (Adrien-

Louis-Jacques), Arbel (Lucien-Antoine), Courtois-Suffit (Maurice-Edme-Alphonse), Fréal (Joseph-Victor-Henri), Marquezy (Robert-Paul), Picot (Julien), Vimont (Maurice-Victor), Potel (Alphonse-Charles), Legrand (Louis-Eugène), Baur (Michel-Désiré), Petit (Clément-Achille-Urbain), Frey (Albert-Edmond), Péchadre (Hippolyte-Elie-Adhémar), Rieffel (Henri), Surmont (Hippolyte-Octave-Justin-Augustin), Duprey (Georges-Alfred), Dagron (Georges-René), Moity (Casimir-Maurice), Dimey (Jules-Paul), Cagny (Léonce-Jules-Raoul) Lelièvre (Louis-Joseph-Ernest), Paley (Pierre-Maurice-Hippolyte-Eugène), Ahmed-ben-Miloud, dit Michel, Loir (Adrien-Charles-Marie), Clerval (Alfred), Suss (Michel-Alfred), Lwoff (Salomon), Heftler (Lucien), Jasiewiez (Jules-Michel), Chont (Christophe-Alfred), Martin (Félix-Jean-André), Thorion (Joseph-Henry), Villar (François de Paule-Eulogio-Amado), Rénon (Louis-Pierre), Durand (Gaston-Emile), Gauthier (Charles-Achille-Théodule), Vassal (Antoine-Joseph-Gaspar), Bonneau (Armand-Alexandre-Augustin), Roussan (Georges-Aimé-Marie), Blaise (Léon-Paul), Raoult (Gaston-Aimar-François), Sottas (Jules-Claude).

Corps de santé militaire. — Par le décret en date du 10 juillet 1898, rendu par le Président de la République sur le rapport du ministre de la Guerre, sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. Benech (Lucien), médecin principal de 2e classe, médecin chef de l'école supérieure de guerre. Maintenu provisoirement à son poste actuel. — M. Vaillard (Louis), médecin principal de 2e classe, professeur à l'école d'application du service de santé militaire. Maintenu dans ses fonctions actuelles.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Donion (Jules-Frédéric), médecin-major de 1re classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Castres. Désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans. — M. Longuet (Rémi-Edouard), médecin-major de 1re classe à la section technique du service de santé. Désigné par décision ministérielle du 22 mars 1898 pour occuper l'emploi de médecin chef de l'école supérieure de guerre, et maintenu provisoirement à son poste actuel. — M. Calmette (Emile-Louis), médecin-major de 1re classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims. Maintenu à son poste actuel. — M. Dimier (Henri-Jacques), médecin-major de 1re classe, professeur à l'école d'application du service de santé militaire. Maintenu dans ses fonctions actuelles.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — M. d'Arras (Joseph-Lucien), médecin-major de 2e classe au 116e rég. d'infanterie. Maintenu à son poste actuel. — M. Uffoltz (Gaëtan-Charles-Paul), médecin-major de 2e classe au 127e rég. d'infanterie. Maintenu à son poste actuel. — M. Atgier (Emile-Alexandre), médecin-major de 2e classe au 151e rég. d'infanterie. Maintenu à son poste actuel. — M. Lemoine (Louis-François-Emile-André), médecin-major de 2e classe au 122e rég. Désigné pour le 141e rég. d'infanterie. — M. Pongis (Barthélemy-Pie), médecin-major de 2e classe au 88e rég. d'infanterie. — Maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — 3e tour (ancienneté). M. Cadet (Emile-Auguste-Marie), médecin aide-major de 1re classe au 3e rég. du génie. Désigné pour le 10e rég. d'infanterie. — (Tour de la non activité). M. Tixier (Jean), médecin-major de 2e classe en non activité. Désigné pour le 159e rég. d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. Cauvet (François-Joseph-Marie), médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — Maintenu aux hôpitaux militaires de ladite division. — 2e tour (choix). M. Rougier (Jean), médecin aide-major de 1re classe au 101e rég. d'infanterie. Désigné pour le 12e rég. d'infanterie. — 3e tour (ancienneté). M. Faivre (Pierre-Armand-Gustave), médecin aide-major de 1re classe au 9e rég. de dragons. Désigné pour le 6e rég. de hussards. — 1er tour (ancienneté). M. Payerne (Rémy-Prosper), médecin-aide-major de 1re classe au 38e rég. d'artillerie. Désigné pour le 157e rég. d'infanterie.

Par décret en date du 11 juillet 1898, rendu par le Président de la République, sur le rapport du Ministre de la guerre, sont nommés dans le cadre des officiers du corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — (Choix.) M. Petit (Jean-Joseph-René), médecin-major de 2e classe au 83e rég. d'infanterie. Désigné pour le 12e rég. d'infanterie. — (Ancienneté.) M. Morand (Jean-Sylvain-Louis), médecin-major de 2e classe au 21e rég. de dragons. Désigné pour le 93e rég. d'infanterie. — (Choix.) M. Leprêtre (Pierre-François-Gaston-Achille), médecin-major de 2e classe, hors cadres, au corps d'occupation de Madagascar. Remis hors cadres et maintenu à son poste actuel. — (Ancienneté.) M. Mourey (Jean-François-Gabriel-Jules), médecin-major de 2e classe au 13e bataillon d'artillerie à pied. Désigné pour le 30e rég. d'infanterie. — M. Wissemans (Maurice-Marie-Joseph), médecin-major de 2e classe à direction du service de santé du 5e corps d'armée. Désigné pour le 6e rég. du génie. — M. Godin (Louis-Auguste-Jean-Adrien), médecin-major de 2e classe au 12e bataillon de chasseurs à pied. Désigné pour le 58e rég. d'infanterie. — (Choix.) M. Mickaniewski (Victor-Eugène-Stanislas), médecin-major de 2e classe à l'École d'application de l'artillerie et du génie. Maintenu provisoirement à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — 2e tour (choix). M. Toubert (Joseph-Henri-Raymond), médecin aide-major de 1re classe, surveillant à l'École d'application du service de santé militaire. Mainteun à son poste actuel. — 3e tour (ancienneté). M. Beaujean (Louis), médecin aide-major de 1re classe au 20e rég. de dragons. Désigné pour le 161e rég. d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. Vèzes (Jean), médecin aide-major de 1re classe au 124e rég. d'infanterie. Désigné pour le 38e rég. d'artillerie. — 2e tour (choix). M. Meyer (Eugène-Charles-Émile-Jules), médecin aide-major de 1re classe au 7e rég. de cuirassiers. Désigné pour l'École militaire préparatoire d'infanterie de Rambouillet. — 3e tour (ancienneté). M. Demery (Louis-Adolphe), médecin aide-major de 1re classe au 13e rég. de chasseurs à cheval. Désigné pour le 122e rég. d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. Austric (Gabriel-Jean), médecin aide-major de 1re classe au 20e rég. d'infanterie. Maintenu provisoirement à son poste actuel.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 11 juillet 1898 : M. Du Cazal, médecin principal de 1re classe, médecin chef à l'hôpital militaire de Nice, est nommé directeur du service de santé du 5e corps d'armée. — M. Crussard, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis (provisoirement), est désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Nice. — M. Duchêne, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Nancy (provisoirement), est désigné pour l'emploi de médecin chef à l'hôpital mili-

taire du Belvédère, à Tunis. — M. Mestrude, médecin-major de 1re classe au 30e rég. d'infanterie, est désigné pour le 117e rég. de même arme. — M. Catrin, médecin-major de 1re classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans, est placé pour ordre à l'hôpital militaire de Lille. — M. Chagnaud, médecin-major de 1re classe au 6e rég. du génie, est désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Rouen. — M. Bercher, médecin-major de 1re classe au 26e rég. d'artillerie, est désigné pour le 3e rég. de tirailleurs algériens. — M. Sudour, médecin-major de 1re classe au 12e rég. d'infanterie, est désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Castres. — M. Jarry, médecin-major de 1re classe au 58e rég. d'infanterie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — M. Vignol, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour le 14e rég. d'artillerie. — M. Lucas, médecin-major de 1re classe au 117e rég. d'infanterie, est désigné pour le 26e rég. d'artillerie. — M. Labroue, médecin-major de 2e classe au 6e rég. de hussards, est désigné pour le 13e bataillon d'artillerie à pied. — M. Tisserant, médecin-major de 2e classe au 12e rég. d'infanterie, est affecté au 11e rég. d'artillerie pour être détaché à la poudrerie militaire du Bouchet. — M. Chêne, médecin-major de 2e classe au 140e rég. d'infanterie, est désigné pour le 12e bataillon de chasseurs à pied. — M. Pettier, médecin-major de 2e classe au 5e rég. d'infanterie, est désigné pour le 24e rég. de dragons. — M. Ecot, médecin-major de 2e classe aux batteries alpines du 19e rég. d'artillerie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — M. Keim, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour le 83e rég. d'infanterie. — M. Bassères, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, est affecté au 19e rég. d'artillerie pour être détaché aux batteries alpines dudit rég. à Nice. — M. Lansac, médecin-major de 2e classe au 35e rég. d'infanterie, est désigné pour le 5e rég. de même arme. — M. Louis, médecin-major de 2e classe au 157e rég. d'infanterie, est désigné pour le 140e rég. de même arme. — M. Friant, médecin-major de 2e classe à l'école militaire préparatoire d'infanterie de Rambouillet, est désigné pour la direction du service de santé du 5e corps d'armée. — M. Claude, médecin-major de 2e classe au 159e rég. d'infanterie, est affecté au 1er rég. du génie pour être détaché à Verdun. — M. Chambaud, médecin-major de 2e classe au 4e rég. de zouaves, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — M. Cuvillier, médecin-major de 2e classe au 161e rég. d'infanterie, est désigné pour le 27e rég. de même arme. — M. Thooris, médecin-major de 2e classe au 19e rég. de chasseurs à cheval (provisoirement), est désigné pour le 45e rég. d'infanterie. — M. Franquet, médecin-major de 2e classe au 4e rég. de tirailleurs algériens (provisoirement), est désigné pour le 4e rég. de zouaves. — M. Verse, médecin aide-major de 1re classe, rapatrié de Madagascar, est désigné pour le 38e rég. d'artillerie. — M. Saint-Paul, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour le 4e rég. de tirailleurs algériens. — M. Breuil, médecin aide-major de 1re classe au 13e rég. de hussards, est désigné pour le 101e rég. d'infanterie.

Neuvième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — Le neuvième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français se tiendra à Angers, du 1er au 7 août 1898.

La séance d'ouverture aura lieu dans la salle des fêtes de l'Hôtel-de-Ville. Les autres séances auront lieu à l'Ecole de médecine où le secrétariat se trouvera également pendant la durée du Congrès. Les ordres du jour sont réglés comme suit :

Lundi 1er août, 10 h. — Séance solennelle d'ouverture à la mairie. — 2 h. Ecole de médecine. Constitution du Bureau. Nomination des deux vice-présidents et des secrétaires des séances. Compte-rendu financier de 1897. Nomination d'une commission pour le choix des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1899. — 1re question : Les troubles psychiques post-opératoires. Rapporteur : M. Rayneau. Discussion.

Mardi 2 août, 9 h. — 2e question : Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux. Rapporteur : M. Coulon. Discussion. — 2 h. Suite de la discussion sur la 2e question; communications diverses. — 7 h. Banquet par souscription du Congrès.

Mercredi 3 août, 9 h. — 3e question : Les délires transitoires au point de vue médico-légal. Rapporteur : M. Vallon. Discussion. — 3 h. Visite de l'Asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Dîner offert par l'administration de l'asile à MM. les congressistes. Représentation théâtrale. Feu d'artifice.

Jeudi 4 août, 9 h. — Choix du siège du Congrès pour 1899. Election du président et du secrétaire général. Choix des questions à mettre à l'ordre du jour. Nomination des rapporteurs. Communications diverses. — 1 h. Visite de la ville d'Angers et des principaux monuments.

Vendredi 5 août, 9 h. — Communications diverses. — 1 h. Visite aux ardoisières de Trélazé.

Samedi 6 août. — Excursion à Saumur. Réception par la municipalité, visite de la ville et de l'Ecole de cavalerie, visite de l'Abbaye de Fontevrault, aujourd'hui Maison centrale, du château de Montsoreau, Candes, embouchure de la Vienne.

Dimanche 7 août. — Excursion en bateau à vapeur. Visite des bords de la Loire : château de la Baumette et de Châteaubriant, La Pointe, Behuard, La Possonnière, Chalonnes, Champtocé (ruines du vieux château de Barbe-Bleue), Montjean, Ingrandes, Saint-Florent-le-Viel. Déjeuner à bord. Clôture du Congrès.

Nécrologie. — Le Dr Cornélius Herz, qui a joué dans la politique de notre pays un rôle dont nous n'avons pas l'intention de parler, est mort à Bornemouth (Angleterre), le 6 juillet, à l'âge de 53 ans. — Le Dr Laurent, d'Angers, reçu en 1865. — Le Dr Dajas, conseiller général de Bidache (Basses-Pyrénées), reçu en 1864, décédé subitement.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*